

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 119

CANCERS EXTRA-GÉNITAUX et GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges REY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 19 Novembre 1904 à FLEURVILLE (Saône-et-Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1930

CANCERS EXTRA-GÉNITAUX ET GROSSESSE

CANCERS EXTRA-GÉNITAUX et GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges REY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 19 Novembre 1904 à FLEURVILLE (Saône-et-Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
 Doyen M. J. LEPINE
 Assesseur M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	VALLAS
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;

CHALIER A. et EPARVIER, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de profonde affection
et d'infinie reconnaissance.

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

*Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Accoucheur honoraire des Hôpitaux*

Il nous a toujours accueilli avec extrême bienveillance. Nous le prions d'accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Accoucheur des Hôpitaux

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et très obligeamment guidé de ses conseils éclairés au cours de son élaboration.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et nos très vifs remerciements.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
ÉPARVIER ET TRILLAT

Ils nous ont facilité notre travail.
Nous sommes heureux de leur adresser ici nos remerciements respectueux.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Le cancer frappe le plus souvent les personnes âgées : c'est dire que la coïncidence du cancer avec la gestation n'est pas d'observation courante.

Les auteurs qui se sont occupés de cette question, en Amérique et en Allemagne, ont trouvé des pourcentages minima variant de 0,04 0/00 (Statistique de De Lee, école américaine) à 0,67 0/00 (Statistique de Stratz, école allemande).

Personnellement, nous avons dépouillé les archives des Maternités lyonnaises pendant les dix dernières années écoulées ; sur 11.186 observations d'une part (Service du Professeur Commandeur, puis du Professeur Voron), 4.200 (Service du Professeur agrégé Rhenter, années 1927, 28, 29 et 30) et 19.194 observations, d'autre part (Service du Professeur Voron, puis du Professeur agrégé Trillat), nous avons noté 6, 2 et 6 cancers coïncidant avec la grossesse, soit 0,53 0/00, 0,47 0/00 et 0,31 0/00, soit 0,44 0/00 en moyenne ⁽¹⁾.

(1) Dans l'importante Maternité de l'Hôtel-Dieu qu'il dirige depuis 1925, M. le Docteur Gonnet nous a dit n'en avoir retenu qu'une observation.

De même, M. Trillat n'en avoir retenu aucune à la Maternité de la Croix-Rousse avant 1927.

Le pourcentage des cancers « extra-génitaux » coïncidant avec la grossesse est naturellement encore inférieur.

Mais, pour rare que soit la coïncidence d'un cancer extra-génital et d'une gestation, l'étude de cette éventualité n'en paraît pas moins intéressante; d'une part le cancer peut apporter des modifications à l'évolution de la grossesse et aux possibilités vitales du fœtus ; la gestation peut, d'autre part, influencer la marche de la maladie.

Cette étude des cancers coïncidant avec la gestation n'est pas nouvelle, et nombreux sont les auteurs qui ont signalé cette coïncidence.

Nous retiendrons simplement que c'est vers 1851 que Hébert, de Paris, traite la question des cancers pendant la grossesse; après lui, Bourgeois, en 1861, fait une étude approfondie de l'influence des cancers sur le produit de conception et apporte une statistique de 11 cas de gestantes cancéreuses.

Depuis cette époque, l'attention des gynécologues et accoucheurs est restée orientée sur ce point de la pathologie obstétricale, qui, bien que beaucoup moins obscure que jadis, n'est cependant pas encore résolue d'une façon absolue.

Nous nous sommes proposé, dans cette modeste étude, d'envisager, en général, ce que peut devenir un cancer extra-génital pendant la grossesse : est-il ou n'est-il pas influencé — et comment ? — et inversement ce qui peut advenir à une gestation lorsque celle-ci se complique de l'existence d'une tumeur maligne en évolution.

Si nous avons systématiquement passé sous silence des cancers relativement fréquents parmi les cancers compliqués de grossesse (cancers de la vulve, des ovaires et surtout de l'utérus), c'est que ces cancers, génitaux, de par leur siège impliquent des conséquences bien particulières ; elles ont fait l'objet de travaux multiples et précis sur lesquels il ne paraît pas y avoir, actuellement, beaucoup à revenir.

Nous nous proposons de résumer d'abord les idées générales ordinairement admises sur les rapports réciproques des cancers extra-génitaux et de la grossesse.

Dans un deuxième chapitre nous envisagerons certains cancers en particulier.

Puis nous exposerons quelques observations, dont certaines inédites, de femmes cancéreuses, en état de gestation, toutes admises et traitées dans les différents services de maternité, de gynécologie et de chirurgie générale de Lyon, au cours de ces dix dernières années ; nous avons pu les recueillir grâce à l'obligeance de MM. les Professeurs Tixier, Bérard, Villard, Voron, Cotte, Trillat, Eparvier, Gonnet et Molin, auxquels nous tenons à adresser ici nos très respectueux remerciements.

Nous terminerons par l'exposé sommaire des directives thérapeutiques modernes proposées en pareille occurrence, qui doivent poursuivre le double but de lutte contre le cancer et favoriser l'évolution de la grossesse.

CHAPITRE PREMIER

Notions générales sur les rapports réciproques de la grossesse et des cancers extra-génitaux

1° Influence de la grossesse sur le cancer

La grossesse a-t-elle une influence sur l'évolution des cancers extra-génitaux ?

D'après Demelin (Du cancer dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement) « la gestation se montre physiologiquement sarcogène » ; de même que la femme grosse hypertrophie ses productions locales, chancres, plaques muqueuses, par exemple, de même le cancer prend, toutes choses égales d'ailleurs, un développement plus rapide, et vite, ses éléments s'histolysent pour arriver plus tôt à la fonte et à l'ulcération.

Les symptômes éclatent plus graves : hémorragies, cachexie sont plus immédiatement menaçants.

Cette marche accélérée se remarque surtout pour les néoplasmes qui se greffent sur les organes de la zone génitale ou para-génitale (bassin, mamelle, rectum, etc...).

Néanmoins, il est des formes torpides même dans ces conditions, où la tumeur évolue si lentement que deux ou trois grossesses successives seront achevées avant la terminaison fatale.

Bien qu'un petit nombre de fait expérimentaux ou cliniques aient été rapportés, nettement en désaccord avec ce principe d'aggravation et prétendant prouver que le cancer peut, pour le moins, rester stationnaire pendant la gestation (nous nous proposons de reparler de ces prétendues exceptions dans le chapitre des tumeurs du sein), il semble indubitablement acquis que, chez une gestante cancéreuse, le cancer est aggravé par la gestation.

Par quoi se ferait cette aggravation ?

Certains ont soutenu la théorie que les principes nutritifs et l'énergie vitale utilisés par l'œuf pour son développement étaient autant de facteurs d'évolution soustraits au cancer.

La genèse du cancer garde encore son mystère et on ne peut, impartialement, repousser complètement cette théorie de la déviation.

Mais, bien qu'ayant un certain nombre de partisans, elle ne nous satisfait pas, parce que en désaccord avec les faits cliniques.

Nous retiendrons, sans doute, que chez la gestante les apports nutritifs sont en général augmentés et que pendant les derniers mois de la gestation on

observe une tendance à la limitation des mouvements, tendance qui est favorable à l'emmagasinement des subsistances.

En outre, les premières facultés désassimilatrices de l'œuf développent aussi les forces qui, dans une grossesse normale, produisent une élévation physiologique de l'assimilation maternelle.

Cette augmentation des facultés assimilatrices, à supposer qu'elle serve intégralement au développement du fœtus, il ne semble pas qu'elle puisse, en rien, entraver l'évolution du cancer ; tout au contraire puisque, sous l'influence de cette sollicitation fœtale l'organisme tout entier réagit, cette réaction se traduisant par une hyperactivité de toutes les fonctions.

Quoi qu'il en soit, d'autres facteurs interviennent dans l'influence dangereuse de la gestation sur la marche du cancer et on s'est demandé si, dans certains cas, la gestation n'est pas une cause de débilitation qui désarmerait l'organisme vis-à-vis de l'agression cancéreuse, ou encore si, dans les nouveaux produits élaborés naturellement par l'organisme pour le développement de l'œuf, certains, inconnus, ne favoriseraient pas parallèlement le développement de la tumeur ?

Disons de suite que de tels produits existent, dont l'action est indubitablement aggravante sur les tumeurs, mais ils n'agissent que dans certains cas de cancers bien spéciaux, par exemple les tumeurs du sein, sur lesquelles nous reviendrons.

Comme l'a dit Landsberg, « dans un certain sens et jusqu'à un certain degré le fœtus a, avec la mère,

des rapports de parasite, et si la mère ne reçoit pas un apport suffisant de nourriture, il se produit, à la vérité, une utilisation de la substance maternelle, utilisation qui ne va que jusqu'à un certain point compatible avec sa vie ».

On pourrait même dire que ce rôle parasitaire est normal, et on sait par exemple, que le taux du fer dans le sang maternel subit, au cours de la grossesse, une baisse de 10 % environ, et que le taux du fer dans le sang du cordon ombilical est, en moyenne, de 3,34 % plus élevé que dans le sang normal de la femme.

On constate une diminution parallèle de la teneur en hémoglobine et du volume des corpuscules sanguins dans le sang maternel.

Il apparaît donc que, si au début, le fœtus est une cause d'augmentation des forces de nutrition, il peut aussi, si à cette tendance ne répond pas un apport nutritif suffisant, être un gros facteur de désassimilation préjudiciable principalement à sa mère.

L'évolution d'une gestation contribue donc à l'aggravation des tumeurs extra-génitales, mais elle n'est pas tout... ; il convient de souligner que les cancers extra-génitaux en coïncidence avec une grossesse se voient, de par cette coïncidence, chez des femmes jeunes encore, et l'on sait que, tout cancer apparaissant chez un être jeune est un cancer que sa malignité, sa vitesse de développement, sa tendance à l'envahissement des tissus, aux métastases lointaines, aux récives et à l'apparition précoce de la cachexie, font classer parmi les tumeurs très malignes au pronostic rapidement sombre.

2° Influence du cancer sur la gestation

Le cancer agit-il sur l'évolution de la gestation ?

La majorité des auteurs admettent à l'heure actuelle que le cancer extra-génital provoque l'avortement ou l'accouchement prématuré dans 20 à 25 % des cas, soit environ 10 % d'avortements et 15 % d'accouchements prématurés. Ces chiffres nous paraissent singulièrement faibles, et particulièrement celui des accouchements prématurés.

Le cancer agit-il sur le produit de la conception ? Les auteurs restent très peu précis sur ce point ; s'il est vrai qu'il est assez difficile d'établir sa part de responsabilité dans la mortinatalité lorsqu'il coexiste avec d'autres causes banales et courantes de mort chez les nouveau-nés (tuberculose, syphilis, infection, etc...), s'il est vrai qu'il est assez difficile de dire si une déficience en poids est due à tel ou tel facteur, l'on tend à admettre cependant que l'enfant né d'une mère cancéreuse est un enfant taré.

On a remarqué que les enfants nés de mères cancéreuses sont souvent des enfants malingres et chétifs, de faible constitution.

Quelquefois ces enfants restent dans une hypothermie inquiétante (cas de Levaditi et Paris) et ne prennent aucun poids pendant les premières semaines. Enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, quelques jours à quelques semaines, ces enfants meurent brusquement, sans cause apparente autre que la banale « débilité congénitale ». (Obs. II, VII, VIII, IX.)

Bourgeois, de Tourcoing, dans une étude sur l'influence des maladies de la femme pendant la grossesse sur la constitution de l'enfant, rapporte les résultats suivants sur onze cas de femmes cancéreuses :

Mort-nés	5
Enfants vivants	6

Parmi ces 6 enfants nés vivants, 4 morts précoces — et dans les deux survivants un chétif et seulement un normal.

D'après cette statistique de Bourgeois, le nombre des enfants normaux nés de mères cancéreuses (moins de 10 %) paraît démesurément faible.

En réalité il semble que les cancers très avancés, arrivés à la période de cachexie, soient surtout capables d'influencer défavorablement la croissance et la nutrition du fœtus.

A partir du moment où le cancer devient envahissant, il retentit sur l'organisme, non seulement localement, mais encore par des phénomènes d'intoxication qui relèvent des produits nocifs élaborés par les cellules néoplasiques et qui aboutissent rapidement à créer un état de cachexie dont les effets pourront se traduire par la débilité ou même par la mort de l'enfant.

On a pu observer, en revanche, des femmes enceintes cancéreuses accouchant d'enfants de poids normaux ou même de gros enfants... la période de cachexie n'étant atteinte qu'à une date postérieure à l'accouchement.

CHAPITRE II

Nous allons maintenant envisager successivement les rapports particuliers des cancers du sein, de l'estomac, du rectum, et des autres organes, avec la gestation.

1° Le cancer du sein

Le cancer du sein coïncide rarement avec un état de gestation. Les statistiques de Schwarzkopf et de Polaillon, basées sur 616 cas de cancer du sein, ne relèvent que 10 cas coïncidant avec la grossesse, soit 1,62 %.

Wolff, par contre, a donné une statistique légèrement plus élevée puisque sur 214 cancers du sein il mentionne 13 cas, soit 6 % environ.

Nous avons pu, personnellement, retrouver quatre malades atteintes de cette affection. (Observ. 5, 6, 7 et 8.)

a) *Influence de la gestation sur le cancer du sein.*

Le cancer du sein est nettement aggravé au cours de la grossesse. On a pu dire que le cancer du sein est, jusqu'à un certain point, le type des tumeurs malignes nettement aggravées par la gestation.

Pourquoi cette aggravation ?

Pendant la gestation, la mamelle devient le siège de modifications physiologiques et anatomiques telles que leur retentissement néfaste sur les épithéliomas es absolument certain. Il est d'observation courante que l'évolution de la tumeur du sein pendant la grossesse est intimement liée à la poussée organogénique de cette glande ; aussi bien, si le cancer du sein peut apparaître au cours des premiers mois de la grossesse, son évolution est-elle beaucoup plus accentuée, rapide, dans les derniers mois et pendant l'allaitement. (Obs. V et VI).

L'hyperplasie de la glande mammaire et son hypertrophie, le développement de ses vaisseaux, le remaniement profond des tissus glandulaires lié à une hormone ovarienne, et, plus spécialement à une hormone du corps jaune, et à une irrigation sanguine plus intense, en font un terrain particulièrement propice à la transformation maligne des adénomes et tumeurs bénignes, au développement rapide d'une tumeur maligne préexistante quelquefois, et jusque-là torpide.

Il est quasi évident — dit Dervaux — que le néoplasme acquiert ses propriétés de haute virulence précisément dans la dernière partie de la grossesse, à cette période où le développement de la mamelle se fait avec le plus d'intensité.

La rapidité du développement de la tumeur pendant

la grossesse est souvent surprenante. De Kerkhove, dans son étude sur les cancers du sein pendant la gestation, cite des cas à évolution mortelle (qu'il y ait eu ou non intervention), en un mois et demi, quatre mois, onze mois, etc...

Billroth cite le cas d'une malade chez laquelle un cancer des deux seins se manifesta cinq semaines avant l'accouchement, accouchement normal, mort de la malade une semaine après l'accouchement, c'est-à-dire six semaines après l'apparition de la tumeur. (Morts onze mois après l'apparition de la tumeur, obs. VI ; neuf mois après l'aggravation de la tumeur, obs. VII ; deux jours après l'accouchement, obs. VIII.)

Toutefois, nous ne saurions passer sous silence certaines observations de cancers du sein non aggravés par la grossesse, en soulignant que, dans ces cas en apparence contradictoires, on se trouve presque toujours en présence de formes squirrheuses.

On sait qu'on a voulu considérer le squirrhe comme une « cicatrice de cancer » ou, comme l'a dit Handely, « une manière de pseudo-guérison ».

Souvent aussi, l'interruption accidentelle, pathologique de la grossesse, ou la terminaison de la grossesse non suivie d'allaitement, provoque un arrêt momentané dans le développement de la tumeur, soit que la glande mammaire n'ait pas encore acquis ses caractères histofonctionnels remarquables qu'elle acquiert dans les derniers mois de la gestation, soit que sa poussée organogénique ait été artificiellement arrêtée.

Non seulement la gestation contribue pour une

bonne part à l'aggravation des tumeurs du sein, mais très souvent elle favorise leur récurrence, récurrences qui peuvent se produire du même côté et très souvent aussi du côté opposé. (Récurrences, obs. V et VI.)

C'est Trout qui a mis en évidence ce fait ; ses recherches à ce sujet paraissent bien établir d'une façon très nette, que l'apparition d'une gestation après l'ablation d'un sein cancéreux est le signal de la cancérisation de l'autre sein avec mort rapide.

En résumé, le cancer du sein voit sa malignité augmenter, sa marche devenir foudroyante pendant la grossesse.

c) Ces cancers apparaissant chez des femmes jeunes, âgées en moyenne de 30 à 35 ans, ayant en général un passé génital chargé (grandes multipares... mastites aiguës anciennes...), se mettent brusquement à galoper :

La petite tumeur préexistante augmente rapidement de volume, sa consistance devient irrégulière, dure ; des noyaux indurés apparaissent, avec ulcération de la peau. Rapidement on voit des adhérences aux plans profonds, un envahissement ganglionnaire multiple, souvent un essaimage à distance se produire (métastase viscérale, obs. VII ; vertébrale, obs. VIII) ; Wolff : 10 cas de métastases précoces sur 13 cas de cancer du sein au cours de la grossesse ; en même temps que tous ces phénomènes apparaît la douleur.

Ces cancers sont très souvent inopérables grâce à leur envahissement ganglionnaire et leur diffusion rapides.

En outre, l'allaitement est un facteur d'aggravation

qui vient encore se surajouter à celui de la grossesse (obs. V et VI); on a décrit, sous le nom de mastite carcinomateuse, certaines formes de cancer à allure phlegmoneuse (obs. V), débutant seulement avec la lactation, prises pour des abcès du sein avec lesquels d'ailleurs la confusion est facile, et à évolution foudroyante, avec terminaison très rapide par cachexie cancéreuse.

b) *Influence du cancer du sein sur la gestation.*

L'influence du cancer du sein sur l'évolution de la gestation est résumée par la statistique de Peller, d'après laquelle le cancer du sein provoquerait l'avortement dans 20 % des cas... (accouchements prématurés à 7 mois et 7 mois 1/2, observations VII et VIII, soit dans 50 % des cas).

Mais d'autres femmes peuvent accoucher d'enfants normaux et même de gros enfants, à condition toutefois qu'elles ne soient pas arrivées à la période de cachexie sub-terminale.

2° Cancers de l'estomac, du tube digestif et des glandes annexes

Les cancers de l'estomac et les cancers du foie comptent parmi les cancers digestifs les plus souvent observés en coïncidence avec la gestation.

Nous avons pu retrouver trois observation de cancers gastriques dans les services de maternité de Lyon (obs. II, III, IV).

Le cancer de l'estomac se voit surtout chez les femmes jeunes (22 ans, 22 ans, 25 ans, observ. II, III et IV) ; aussi bien nous admettons la proposition de Hindstedt qui dit avoir toujours rencontré ces cancers chez des femmes de moins de 33 ans.

Les auteurs qui se sont intéressés à cette question reconnaissent, dans cette éventualité, que la gestation facilite l'évolution du cancer de l'estomac et peut même quelquefois favoriser son apparition.

Cliniquement, le cancer de l'estomac évolue beaucoup plus rapidement pendant la gestation (évolution foudroyante... 2 mois, obs. III ; 9 mois, obs. IV) ; d'autre part, il se complique souvent de métastases qui contribuent à produire, dans un temps relativement très court, l'état cachectique sub-terminal.

Parmi ces métastases, les moins rares seraient les métastases ovariennes, connues sous le nom de tumeurs de Krukenberg, généralisation bilatérale des ovaires dans lesquels on trouve, outre des noyaux sarcomateux avec leur gangue fibreuse, une dégénérescence mucoïde de l'organe entier.

Quelquefois aussi il existe d'autres généralisations viscérales (obs. III), hépatique, pulmonaire, péritonéale, ganglionnaire...

Schmidt donne une statistique assez sombre des rapports réciproques du cancer de l'estomac et de la gestation : il note sur 44 observations : 14 métastases ovariennes, 28 cas avec issue fatale pour l'enfant, et mort rapide des mères dans la totalité de ses observations.

Le cancer a son influence sur la gestation si l'on

considère que son évolution, assez souvent foudroyante, provoque fréquemment la mort de la malade bien avant terme (obs. III).

On possède quelques observations de cancer du foie pendant la gestation :

Berger, Buscemi et Phillips rapportent des cas de cancers primitifs du foie et insistent sur l'évolution très rapide de ces tumeurs. Nous rapportons une observation présentant les mêmes caractères de cancer de la tête du pancréas (obs. I).

Nous n'avons pu retrouver dans les services de maternité de Lyon d'autres observations de cancer du tube digestif, mais il existe dans la littérature d'assez nombreuses observations de cancers intestinaux (côlons, principalement).

3° Cancer du rectum

Les cancers du rectum coïncidant avec la gestation ne sont pas très rares : Vignes a pu en retrouver 38 observations dans la littérature médicale. En outre, on connaît quelques cas de femmes atteintes de cancers anciens du rectum traités par une opération de dérivation (anus iliaque gauche) et par l'application de radium, ayant pu, ultérieurement, devenir enceintes :

Ducan a observé une femme déjà mère d'un enfant et présentant des signes nets de cancer du rectum ; on lui fait un anus de Pollosson ; elle accouche deux

ans après. — De même Moritz. — Bride a vu une malade devenir enceinte moins d'un an après son opération de dérivation.

Encore que certains aient cité des cas très rares d'arrêt dans le développement ou même de rétrocession du cancer rectal, la plupart des auteurs reconnaissent une aggravation des symptômes locaux et généraux de la tumeur, et il semble bien que, d'une façon générale, la gestation occasionne un rapide accroissement de la tumeur dû à la congestion physiologique de tous les organes du petit bassin ; cette congestion physiologique ou stase, faciliterait le développement de la tumeur par l'apport et l'utilisation plus considérables des matériaux favorables.

Le traumatisme subi par la tumeur au cours du travail agit dans le même sens :

Kaltenbach signale un cas où le cancer rectal ne fit son apparition qu'au 7^e mois de la grossesse par une brusque et abondante hémorragie, suivie d'une seconde trois semaines après, nécessitant une opération immédiate.

Freund, celui d'un cancer du rectum apparaissant au troisième mois de la grossesse ; à huit mois et demi la malade est revue et le cancer a tellement évolué qu'il existe une fistule recto-vaginale.

Inversement, la gestation peut être influencée par le cancer du rectum au point d'en être interrompue.

La plupart des auteurs sont d'accord sur ce point que les avortements sont beaucoup plus nombreux lorsque la gestation coïncide avec un cancer du rectum.

Vignes a relevé 7 cas d'accouchements prématurés et 2 avortements sur 35 cas de cancer du rectum pendant la gestation, soit 26 % environ d'interruption de la grossesse.

Suivant son siège, la tumeur peut aussi (et ce cas est relativement fréquent) créer une gêne à l'engagement du mobile fœtal et même devenir un obstacle infranchissable.

Dans ces conditions, le cancer devenant incompatible avec l'accouchement à terme par les voies naturelles, le problème se pose à savoir s'il y a lieu de provoquer un accouchement prématuré légèrement avant le terme, ou d'attendre le terme et de pratiquer, à cette époque, une opération césarienne abdominale.

Outre son influence sur la marche de la gestation, le cancer du rectum, lorsqu'il est volumineux, peut créer des phénomènes de compression qui se répercutent, à travers la paroi utérine, sur le fœtus lui-même et troublent son développement.

Les accoucheurs qui se sont occupés de la question admettent tous l'influence désastreuse du cancer du rectum sur l'enfant : non seulement le cancer du rectum est susceptible de nécessiter, plus souvent que tout autre cancer extra-génital, l'accouchement prématuré, mais son influence paraît encore plus marquée que celle des autres tumeurs sur la nutrition et le développement du fœtus *in utero* ; même à terme, les nouveau-nés sont souvent, en pareil cas, des débiles et succombent plus ou moins rapidement.

(Nous n'avons pu relever, dans nos recherches, de cancers du rectum appartenant aux services lyonnais, pendant la décade à laquelle nous nous sommes arrêté.)

4° Tumeurs diverses

Les cancers que nous venons d'étudier rapidement dans leurs rapports avec la gestation sont ceux qui coïncident le plus fréquemment avec elle.

Mais nous insistons sur ce fait que toutes les tumeurs malignes peuvent s'observer pendant la gestation ; son influence sur leur évolution est sensiblement la même que dans les cas spéciaux que nous avons envisagés.

Une mention spéciale peut être faite du cancer thyroïdien. La thyroïde est une de ces glandes que l'on pourrait appeler para-génitale; on connaît son hypertrophie au moment où l'hormone ovarienne est au maximum dans le sang et la série de symptômes présentés par les femmes, pendant cette période : bouffées de chaleur, tachycardie, quelquefois rapportés aux troubles sympathiques de la femme, peuvent témoigner d'une augmentation de la sécrétion thyroïdienne dans le sang au moment de l'activité génitale.

Cette suractivité imposée par la gestation à la glande thyroïde aggrave singulièrement le développement du cancer quand il existe.

Aussi bien, l'influence de la gestation est nette

dans une observation de Vallois, d'un cancer thyroïdien apparu quelques mois avant la gestation, et dont l'évolution excessivement rapide à partir du 4^e mois de la grossesse provoqua après le 8^e mois un accouchement prématuré avec naissance d'un enfant de 2.720 grammes.

On a pu observer aussi des tumeurs osseuses malignes (sarcomes ostéoïdes) ; leur évolution est, en général, très rapide et accélérée pendant les derniers mois de la gestation.

Nous avons pu retrouver une observation de sarcome malin de la clavicule avec évolution fatale le cinquième mois après la gestation, débilité et mort de l'enfant (obs. IX).

Une tumeur osseuse du bassin (obs. X).

On connaît plusieurs observations de sarcomes, par exemple dans une observation de Vallois et Delmas :

Sarcome mélanique cutané opéré chez une femme de 39 ans, avec métastases multiples, indolores, qui donnent, quelques années après, à l'occasion d'une gestation, une sarcomatose généralisée nécessitant un accouchement prématuré provoqué au huitième mois, avec mort de la malade trois semaines après l'accouchement...

Banbridge a publié une observation de sarcome de l'orbite apparaissant au sixième mois de la gestation : excision — envahissement complet de l'orbite un mois plus tard, — la malade meurt un mois après l'accouchement.

On connaît enfin quelques observations de cancers du rein pendant la gestation, dont l'évolution fut également précipitée.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VORON)

Cancer du pancréas

Mme S..., née M..., 37 ans. Entre dans le service de maternité le 1^{er} février 1928.

On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires. Père et mère vivants.

Antécédents obstétricaux : Accouchement le 20 avril 1926 d'un garçon qui meurt deux jours après de débilité.

Grossesse actuelle : Dernières règles 10-14 juillet 1927. Accouchement probable 20 avril 1928.

Dès son entrée, la malade signale qu'elle souffre depuis cinq ans de « spasmes de l'œsophage », spasmes réveillés et exacerbés par les mets acides et les crudités, avec sensation d'obstruction complète de l'œsophage.

La malade depuis cinq ans a consulté plusieurs médecins qui ont parlé de gastronévrose, d'aérophagie... et institué des traitements n'ayant amené aucune amélioration.

On a pensé aussi à un rétrécissement de l'œsophage et pra-

tiqué un catéthérisme et une radiographie qui ont été négatifs.

En somme, pendant quatre ans, la malade a présenté un syndrome gastrique intermittent sans amélioration, s'aggravant même légèrement, *mais pas d'ictère pendant cette longue période.*

La grossesse commence en juillet 1927. *Dès la première quinzaine d'août, la malade vit s'installer un ictère léger,* sans signes caractéristiques : pas de température, pas de coliques ; cependant un léger prurit, en même temps que les symptômes gastriques apparus quelque temps auparavant s'aggravent ; spasmes avec sensation d'obstruction complète de l'œsophage, la salive même n'est plus déglutie. Cette sensation dure quelquefois plusieurs heures, souvent une demi-journée et plus.

Des vomissements liquides, aqueux, filants, soulagent la malade pendant quelques minutes... puis répétition de ces vomissements et des douleurs constrictives œsophagiennes et stomacales qu'aucun médicament ne peut soulager (l'ingestion d'alcalins exacerbe ces douleurs). Du deuxième au troisième mois, la malade passe par une période de dépression physique, avec asthénie et nausées plus fréquentes ; les vomissements continus identiques ; épistaxis nombreux.

En novembre 1927, le Professeur Savy consulté, pose le diagnostic de cirrhose, en présence de l'ascite, de nombreux épistaxis, du volume du foie et des symptômes digestifs.

A l'entrée à la Clinique obstétricale, l'examen de la malade révèle *l'ictère qui n'a pas rétrocedé*, mais sans aucune douleur et l'interrogatoire apprend que la malade a maigri de 5 kilogs depuis le début de sa grossesse, sans avoir perdu l'appétit ; cet ictère est un ictère foncé par rétention type ; téguments verdâtres, sels et pigments biliaires dans les urines avec urobiline.

Pendant son séjour à l'infirmerie, le Professeur Villard ayant examiné la malade pense à un néoplasme de la tête du pancréas et se propose un autre examen après l'accouche-

ment qui a lieu spontanément à sept mois, le 7 février 1928, en O. I. G. A., d'une enfant de 1.680 grammes.

Un mois après, l'examen pratiqué par M. Villard montre la présence d'ondes péristaltiques absolument nettes au niveau de l'estomac. Foie et vésicule augmentés de volume ; vomissements fréquents, et fait admettre l'existence d'un obstacle siégeant, à la fois sur les voies digestives et sur les voies biliaires (néoplasme du pancréas ? du pylore ? pancréatites ??)

L'intervention étant jugée nécessaire et urgente, la malade entre dans le service de M. Villard et est opérée le 16 mars 1928 (soit 40 jours après son accouchement).

Elle revient le 31 août 1928. On lui fait une cholécystentérostomie transmésocolique avec la première anse jéjunale. Ouverture accidentelle de la vésicule. Aspiration. La malade meurt le 5 septembre 1928, soit sept mois après son accouchement.

Femme de 37 ans avec symptômes gastro-œsophagiens cinq ans avant le dernier accouchement.

Accouchement en 1926 d'un enfant de poids faible, mort deux jours après la naissance : débilité ?

Tumeur aggravée par la grossesse (ictère à demeure dès le début).

Diagnostic tardif (7^e mois). Accouchement prématuré à 7 mois : enfant de poids relativement normal, mais qui, d'après l'enquête, a eu un développement très lent (marche à 20 mois).

Intervention : mort 7 mois après l'accouchement.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VORON)

Récidive d'un cancer de l'estomac

Mme B..., 33 ans. Entre le 2 novembre 1923 à la Clinique d'accouchements de la Charité, aux environs du terme.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels, affections banales dans l'enfance.

Antécédents obstétricaux : Premières règles à 10 ans. Deux grossesses antérieures, dont une en 1912 qu'elle mène à terme, l'autre avec avortement traumatique (?) au quatrième mois (1913).

Dès la première gestation, on est frappé par l'apparition de troubles digestifs : digestions lentes et pénibles mais sans vomissements.

Pendant la grossesse actuelle (D. R. du 20 au 23 février 1923), les troubles digestifs s'aggravent jusqu'à présenter des vomissements continuels et des douleurs ressemblant à des brûlures et survenant après chaque repas, qui conduisent la malade à l'intervention chirurgicale en août 1923 (sixième mois de la grossesse) par le Docteur Perrin à l'Hôtel-Dieu.

A la suite de cette intervention, les vomissements cessèrent, seules persistèrent quelques douleurs, mais beaucoup moins fortes qu'auparavant.

Cette amélioration dura deux mois et demi, et dès le 15 octobre, les douleurs revinrent plus vives, calmées par les vomissements qui réapparaissent à cette période.

A l'entrée à la Clinique, la malade présente une tumeur perceptible dans la région épigastrique et un état cachectique très marqué. Elle accouche le lendemain de son arrivée d'un enfant débile de 2.200 grammes, qui succomba 12 heures après l'accouchement, présentant des crises de cyanose.

La malade continua à éprouver de violentes douleurs au creux épigastrique et une sensation de pesanteur, après son

accouchement, mais les vomissements journaliers ont disparu.

L'examen décèle une enflure au membre supérieur droit, mais les mains sont décharnées et témoignent de l'amaigrissement considérable que la malade accuse depuis le début de sa gestation.

On sent, à gauche de l'abdomen, une masse grosse comme une petite pomme, et non douloureuse à la palpation. L'excitation de la paroi fait naître des ondes qui se dirigent vers le pylore.

Quinze jours après l'accouchement, les œdèmes des membres inférieur et supérieur droits persistent et l'intolérance gastrique semble en légère régression.

Femme de 33 ans, à vieux néoplasme gastrique.
Un avortement à 4 mois.

Opération tardive (6^e mois), mais récidue (1^o) deux mois après.

Accouchement prématuré (8^e mois) : enfant petit, 2.200 grammes, qui meurt le premier jour.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé RHEINTER)

Cancer de l'estomac généralisé

Mme P..., 33 ans. Entre dans le service de maternité de la Croix-Rousse le 24 septembre 1929, pour des douleurs qui l'empêchent de mener toute vie normale.

Rien dans ses antécédents, si ce n'est que depuis l'âge de 22 ans, elle est sujette à des crises de névralgies intercostales gauches (1^o) pour lesquelles elle est soignée depuis cette époque.

Au point de vue de ses antécédents obstétricaux, on est en présence d'une quartigeste réglée à 111 ans, mariée à 31 ans et ayant eu trois fausses couches.

La première à 2 mois $1\frac{1}{2}$, gémellaire ; curage ; 1923.

La deuxième à 1 mois $1\frac{1}{2}$.

La troisième à 5 mois avec expulsion d'un fœtus non évolué en mai 1927.

A l'entrée, la malade enceinte de six mois environ, a repris ses douleurs intercostales gauches avec une persistance et une intensité qu'elles n'avaient jamais présentées jusque là ; douleurs très vives avec paroxysmes à la base de l'hémithorax gauche, qu'elle compare à des piqûres d'épingles.

Ces douleurs ne s'irradient pas et sont difficilement calmées par les analgésiques. Elles empêchent en partie le sommeil.

Rien à signaler à l'examen du système nerveux. Auscultations des poumons et du cœur négatives. Pouls à 102. Tension artérielle, 11/6. Urines claires, ni sucre, ni albumine.

Au point de vue digestif, à signaler un vomissement pendant le séjour de la malade à l'infirmerie, et un peu de diarrhée.

On est frappé par l'existence de masses ganglionnaires dans le creux sus-claviculaire gauche.

Du point de vue obstétrical, HU = 20. Fœtus petit et mobile dont les bruits du cœur sont perçus à droite de la ligne médiane au niveau de l'ombilic.

La malade rentre chez elle le 28 septembre 1929.

Elle revient dans le service de la Maternité de la Croix-Rousse le 21 octobre 1929, envoyée par son médecin pour sommet gauche suspect, menaces de collapsus, œdème des jambes.

La malade est enceinte de six mois et vingt jours. On apprend alors, par le mari de la malade, qu'elle présentait depuis longtemps des troubles digestifs survenant par période et que ces crises de douleurs intercostales s'accompagnaient parfois de vomissements.

L'aspect de la malade s'est transformé de façon impression-

nante depuis son départ qui ne date cependant que de trois semaines : elle a considérablement maigri et est, actuellement très dyspnéique ; elle présente, en outre, un œdème très marqué des membres inférieurs.

La malade se plaint surtout de sa dyspnée qui l'oblige le plus souvent à se tenir assise dans son lit, de violentes douleurs à la base de l'hémithorax gauche, enfin de quintes de toux fréquentes, après les repas et qui s'accompagnent de vomissements.

De plus, elle présente, à l'entrée, un état anémique profond, un foie énorme, débordant très largement le rebord costal, de consistance dure, à surface un peu irrégulière et sensible à la pression, une volumineuse masse ganglionnaire sus-claviculaire gauche déjà notée précédemment mais qui a pris d'énormes proportions.

Ni rate, ni circulation veineuse collatérale.

La malade a eu, depuis son entrée, deux selles franchement noires. Par ailleurs, cœur rapide, régulier et sans souffle. Pouls, 128. T. = 127.8. Respiration, 34. Température, 37°6.

L'examen des poumons ne révèle que quelques sibillances diffuses.

Les urines sont très foncées, avec un gros disque d'albumine ; pas de sucre. Réaction de Gmelin positive.

A l'examen obstétrical, H. V. = 20. La malade sent mal bouger son enfant depuis quelques jours, mais les bruits du cœur sont encore perçus au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane.

Le 23 octobre 1929, l'examen du Docteur Bonnamour confirme la notion précédente : on fait le diagnostic d'un néoplasme du tube digestif aggravé par la grosseur, en se basant sur le gros foie, le paquet ganglionnaire carotidien avec l'existence de douleurs intercostales, et le mœlœna ; seule une réserve est possible en faveur d'une maladie du sang.

Le 24 octobre 1929, Weber positif dans les selles, intolérance gastrique absolue, vomissements noirâtres.

Le 25, élévation progressive de la température, dyspnée de plus en plus vive, tachycardie extrême ; décès à 22 heures.

L'examen des urines pratiqué le 24 octobre a montré :

Diurèse, 600 cmc. par 24 heures.

Chlorures, 3, 53 0/00, soit par 24 heures, 2 gr. 11.

Urée, 29,50 0/00, soit par 24 heures, 17 gr. 70.

Sang, présence.

Acides et pigments biliaires, 0.

Sucre et corps acétoniques, 0.

Albumine, 0,5 0/00, soit par 24 heures, 0 gr. 30.

L'examen sur urines fraîches a donné :

pH = 5,6.

Acidité apparente en Hcl, 1,75 0/00.

Ammoniaque, 1,30 0/00.

Urée, 38,75 0/00.

Coefficient Maillard = 5.

L'examen cytologique révèle quelques rares hématies et leucocytes, cellules épithéliales et cellules rondes ; quelques cylindres épithéliaux et graisseux.

L'autopsie confirme l'existence d'un néoplasme généralisé à la plupart des viscères et dont le point de départ est vraisemblablement un petit cancer à forme ulcéreuse de la petite courbure de l'estomac.

Dès l'ouverture de l'abdomen, on constate, avec un peu d'ascite, un énorme foie (3.300 gr.), bosselé de noyaux blanchâtres avec, à la coupe, de vastes cavités hémorragiques, et à la face inférieure duquel adhère l'estomac, en arrière de celui-ci énorme masse infiltrée comprimant le pancréas et les ganglions de la région solaire.

L'aorte est véritablement engainée par cette masse qui adhère à la colonne vertébrale et qui explique la symptomatologie surtout douloureuse que présentait la malade.

On trouve également des noyaux de généralisation sur le

péritoine diaphragmatique et pelvien. La généralisation a également atteint les organes intra-thoraciques : énorme masse ganglionnaire trachéo-bronchique, noyaux de généralisation pulmonaires, pleurésie bilatérale peu abondante à prédominance gauche.

Les autres organes, rate, cœur, reins semblent macroscopiquement indemnes.

L'examen histopathologique est le suivant :

Le fragment de la paroi gastrique montre l'existence d'un épithélioma très atypique qui, dans certaines zones, revêt pourtant le type glandulaire et, par place, colloïde. On ne retrouve aucune trace de la muqueuse gastrique normale.

Le fragment du ganglion sus-claviculaire montre que celui-ci est envahi par un épithélioma ayant tous les caractères de celui précédemment décrit ; il ne reste, du ganglion normal, qu'une mince couche à la périphérie.

Le poumon présente un nodule épithéliomateux avec les mêmes caractères. Il s'agit d'un épithélioma gastrique avec métastases ganglionnaire et pulmonaire.

Quartigeste de 38 ans, avec symptômes vagues de compression nerveuse et quelques troubles gastriques datant d'une dizaine d'années.

Trois fausses couches.

Aggravation très nette de la tumeur dès le 6^e mois de la gestation : métastases ganglionnaires.

Diagnostic tardif.

Evolution foudroyante (deux mois) : métastases généralisées : mort.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé RHENTER)

Cancer de l'estomac.

Mme Ph..., 27 ans, entre dans le service de maternité de la Croix-Rousse, le 1^{er} avril 1930.

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien à signaler.

Antécédents personnels : fièvre typhoïde de l'enfance.

Antécédents obstétricaux : deux enfants bien portants.

L'affection actuelle remonte à deux ans environ. La malade aurait ressenti des douleurs au creux épigastrique depuis cette date, mais ces dernières sont devenues si fortes depuis six mois, en même temps qu'apparurent des vomissements tous les jours, vers 5 heures du soir (liquides et quelques fois bilieux) que la malade entre dans le service de M. Santy, en février 1930.

L'examen radioscopique ayant révélé un néoplasme gastrique, M. Santy fait une gastro-entéro-anastomose à la malade.

Alors période d'accalmie pendant trois semaines, cessation de la douleur, mais persistance, tous les deux ou trois jours, de vomissements liquides.

Après un mois, les vomissements devinrent plus intenses et plus nombreux (jusqu'à 2 à 3 par jour) sans horaire régulier comme auparavant.

La malade revient voir M. Santy qui, devant la constatation d'une gestation de quatre mois, se propose de discuter l'indication d'un avortement thérapeutique.

M. Rhenter décide d'y recourir et pratique, sans incidents, par curage digital le 2 avril 1930, l'interruption de la grossesse.

Pas d'incidents secondaires. La malade quitte le service le 14 avril, paraissant améliorée, du point de vue fonctionnel.

D'après l'enquête effectuée, la malade a présenté pendant 4 mois un état relativement satisfaisant, puis les accidents se sont reproduits très fréquents et elle a succombé le 27 septembre 1930.

En somme, femme de 37 ans, avec syndrome douloureux gastrique datant de deux ans.

Aggravation nette des symptômes quelque temps avant la gestation. Gastro-entéro-anastomose précoce au deuxième mois de la gestation, avortement thérapeutique au troisième.

Très bon résultat pendant quatre mois. Mort six mois après l'interruption de la grossesse.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉRARD)

Cancer du sein récidivant.

Mme G... née R., 40 ans.

Rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux. Antécédents obstétricaux : mère de cinq enfants, le dernier accouchement ayant eu lieu en janvier 1927.

L'affection actuelle remonte à quelques mois avant son dernier accouchement en janvier 1927, la malade ressent alors des douleurs dans le bras gauche, en même temps qu'elle remarque la présence d'une glande dans l'aisselle sans percevoir aucune grosseur dans le sein.

Elle allaite pendant un mois seulement à cause des vives douleurs qu'elle ressent dans le sein gauche ; un médecin consulté croit à un abcès qu'il tente d'inciser mais, ne trouvant pas de pus, il envoie la malade dans le service du Docteur Cotte qui pratique un Halstedt en septembre 1927.

Un an environ après cette opération (juillet 1928) la malade voit réapparaître une glande dans l'aisselle qui ulcère la peau en janvier 1929.

La malade ne se décide à venir consulter qu'en mai 1929,

à cette date bon état général ; l'examen montre, à la partie supérieure de la cicatrice et dans le creux axillaire, une tumeur arrondie, néoplasique, du volume de deux pièces de 5 francs, ulcérée, bourgeonnante, pas d'œdème du bras, pas de métastases cutanées à la partie inférieure de la cicatrice qui est souple.

On commence le traitement radiothérapique.

L'adénopathie sus-claviculaire est encore mobile.

Le 14 mai, réintervention par le Docteur Creyssel : incision circonscrivant à distance les tumeurs de la partie ulcérée, la lésion paraît partout dépassée ; pourtant, au niveau du plan costal existent encore quelques zones lardacées suspectes...

Bon résultat jusqu'au mois de novembre 1929, date à laquelle on note dans la région sus-claviculaire *gauche* un surélévement visible à l'extérieur.

La palpation montre qu'il s'agit d'un épaissement des parties molles avec quelques ganglions augmentés de volume.

L'examen du sang pratiqué vers cette époque montre seulement 3.131.000 globules rouges contre 21.000 globules blancs au millimètre cube.

La malade est au début d'une nouvelle gestation. Au 6^e mois de cette dernière, en mars 1930, la malade présente à nouveau des ganglions dans la région axillaire droite — on pratique le curage axillaire le 6 mars 1930 qui montre de grosses masses ganglionnaires surtout à la partie basse de l'aisselle — résection d'un faisceau du grand pectoral.

L'examen anatomo-pathologique pratiqué par le Docteur Croizat sur le ganglion axillaire montre :

Un envahissement ganglionnaire d'un épithélioma du sein ayant gardé encore, par endroits, quelques caractères sécrétants.

On trouve cependant des mitoses et des anomalies dans les lobules néoplasiques noyés dans un stroma assez développé ; le parenchyme ganglionnaire est repoussé à la périphérie.

Le 4 mai 1930, l'examen clinique montrait une cicatrice

opératoire restée souple satisfaisante. La cicatrice ancienne du côté gauche ne semble pas présenter des traces de récurrence.

Dans la région sus-claviculaire gauche il subsiste un empatement profond dans lequel on ne décèle pas de ganglions claviculaires...

La malade a subi, du 7 mai au 5 décembre 1929 trois groupes de séances de radiothérapie.

Elle aurait accouché en juin d'un enfant de poids normal et qui se porte bien ainsi que la malade.

Cancer du sein apparu chez une femme de 40 ans, pendant sa cinquième gestation. Aggravation nette due à l'allaitement.

Opération minutieuse sept mois après l'accouchement. Récurrence neuf mois après l'opération.

Sixième gestation : métastase de l'autre côté, au sixième mois de la grossesse.

Allaitement interdit. Diagnostic et opération précoces de la métastase, séances de radiothérapie.

Bon résultat : mère et enfant vivants.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé ÉPARVIER)

Cancer du sein.

Mme X..., 26 ans. Ayant déjà eu trois grossesses suivies d'allaitements au sein prolongés. Vue pour la première fois le 20 décembre 1923, 40 jours après l'accouchement d'un quatrième enfant. Elle signale que dans les derniers mois de la grossesse elle a remarqué dans le sein droit une tuméfaction indolente malgré laquelle l'allaitement fut com-

mencé. En quelques jours, le sein est devenu énorme, phlegmoneux, œdémateux sans cependant présenter l'aspect érectile de la mastite carcinomateuse ; l'aisselle renferme quelques ganglions durs.

Pas de fièvre, pas d'écoulement purulent par le mamelon.

Le 21 décembre incision exploratrice dans un tissu œdémateux en surface, prélèvement du tissu plus induré, lardacé, pour biopsie.

Examen anatomo-pathologique pratiqué par le Docteur Du-net : épithélioma atypique.

Le 27 décembre, amputation large du sein par Halsted : la totalité de la glande est envahie ; suites simples, guérison apparente se maintenant jusqu'en juin 1924 ; à cette époque apparition de placards cutanés suspects, séances de rayons X. Mort en octobre 1924 de pleurésie cancéreuse, c'est-à-dire, 11 mois après la constatation de l'accroissement de la tumeur.

Apparition d'un cancer du sein dans les derniers mois d'une quatrième gestation chez une femme de 26 ans.

Allaitement : augmentation considérable du volume de la tumeur.

Opération 47 jours après l'accouchement ; récurrence et métastase 6 mois après celle-ci.

Mort 11 mois après l'apparition de la tumeur.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé ÉPARVIER)

Cancer du sein.

Mme G..., 28 ans. Ayant eu une fille de 3 ans. Est vue pour la première fois le 19 février 1925. Elle avait constaté un an

auparavant, pour la première fois, une tumeur dans le quadrant supéro-externe du sein droit.

Il y a cinq mois et demi, début d'une grossesse qui évolue depuis ; à partir de cette époque la tumeur du sein a beaucoup augmenté.

Lors de l'examen, volumineuse masse du quadrant supéro-externe du sein droit, encore mobile sur les plans profonds et indépendante de la peau.

Circulation sous-cutanée très intense ; ganglions axillaires comme des amandes, très mobiles ; pas de ganglions sus-claviculaires, pas de signes de métastase.

Le 23 février 1925 amputation du sein par Halsted typique, très étendu, curage de l'aisselle très minutieux et très poussé, hémostase difficile ; sur la pièce opératoire, glande évoluée en pleine lactation et néoplasme déjà étendu ; les ganglions sont envahis.

Le 18 mars 1925, les suites ont été très simples ; à peine léger oedème du membre supérieur droit mais état général peu brillant, teint pâle décoloré, douleurs erratiques dans la région lombaire. Il semble que le foie soit très augmenté de volume ; radioscopie pleuro-pulmonaire négative.

Le 25 mars 1925, le volume de l'utérus augmente anormalement vite. Le diagnostic de grossesse gémellaire est affirmé de façon certaine ; l'accouchement a lieu le 15 avril à 7 mois et demi.

Deux filles de 1.600 et 1.650 gr. naissent vivantes ; l'une d'elles (siège) meurt 30 h. après, l'autre vigoureuse se développe sans incident et est actuellement bien portante. Aucun accident obstétrical. L'évacuation utérine permet de percevoir plus nettement l'énorme volume du foie qui descend jusqu'à la crête iliaque ; en même temps des signes de métastase et d'épanchement pleural droit. La cachexie s'accroît rapidement et la malade *meurt trois semaines après l'accouchement.*

Cancer du sein apparaissant six mois avant une deuxième gestation chez une femme de 28 ans.

Aggravation au début de la grossesse.

Opération au sixième mois ; métastase viscérale un mois après.

Accouchement prématuré à sept mois et demi ; enfants 1.600 gr. et 1.650 gr., ; mort rapide de l'un d'eux.

Cachexie, décès neuf mois après l'aggravation du cancer.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé ÉPARVIER)

Cancer du sein.

Mme D... Opérée en juillet 1918, par M. Albertin, pour un cancer du sein ; vient accoucher à la Maternité le 4 novembre 1918, c'est-à-dire, trois mois après l'intervention.

L'accouchement se passe dans l'inconscience la plus absolue sans phénomènes douloureux ; l'enfant à 7 mois, pèse 1.600 gr. et meurt 30 minutes après.

La malade présente tous les signes de métastase vertébrale : rétention des urines et matières, paraplégie flasque, abolition des réflexes des membres inférieurs, anesthésie presque complète. Babinsky positif.

La malade meurt le 2^e jour.

Cancer du sein opéré au quatrième mois de la gestation.

Accouchement prématuré au septième mois ; enfant de 1.600 gr., mort après accouchement.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER).

Tumeur osseuse

Mme R..., née C..., 25 ans.

Entre le 3 juin 1925 à l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur Tixier, pour une tumeur de la clavicule, cette malade est enceinte de 4 mois ; on lui conseille, après l'avoir radiographiée, l'intervention ; elle refuse et repart le 8 juin dans sa famille en Savoie.

Nous avons pu retrouver le mari qui nous transmet les résultats suivants :

Sa femme qui devait accoucher en novembre 1925, accouche normalement dit-il, un mois avant terme. Enfant de sexe féminin, très bien constituée et paraissant pleine de vie. Cette petite fille meurt au bout d'un mois ? sans diagnostic. D'autre part, la tumeur de la clavicule n'avait pas diminué, bien au contraire, elle n'avait fait qu'augmenter considérablement de volume jusqu'en octobre, date de l'accouchement. Huit jours après (dit toujours M. R...), ulcération de la peau par la tumeur, vaste placard ulcéré par où s'échappe assez souvent du sang en abondance.

La douleur est apparue depuis quelques semaines.

Entre temps, les suites de couches se compliquent d'une phlébite bilatérale...

Les douleurs de la malade vont en augmentant. La cachexie s'installe et la malade meurt 4 mois après son accouchement, en février 1926, au milieu d'atroces souffrances.

Femme de 25 ans. Apparition de la tumeur osseuse pendant la grossesse.

Refus d'intervention. Accouchement prématuré (8^e mois).

Mort de l'enfant au premier mois.

Mort de la mère cinq mois après l'accouchement.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé TRILLAT)
Mme P..., 29 ans.

Entrée le 9 octobre 1929 à la Maternité.

A. H.; mère morte tuberculeuse, père en bonne santé.

A. C. un frère et deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : rougeole dans l'enfance ; au point de vue obstétrical : tertigeste ; un accouchement à terme en 1922 d'un garçon vivant décédé à 19 mois ; un accouchement à terme en 1926 d'une fille vivante décédée à 6 mois ?

La grossesse actuelle est bien supportée : dernières règles le 19 décembre 1928, accouchement probable 29 septembre 1929.

On note des varices au membre inférieur gauche, mais pas d'œdème, pas d'albumine. On note aussi une volumineuse tumeur dans la fosse iliaque gauche. La présentation au cours de la grossesse a subi les variations suivantes :

Du 21/7 au 21/8 sommet ;

Du 3/9 au 24/9 transversale ;

Du 2/10 au 9/10 siège.

La malade entre en douleurs le 8 octobre à 8 h. ; en travail le 9 octobre à 12 h. et accouche le 9 octobre à 12 h. 30. L'auscultation révélant des bruits du cœur fœtal irréguliers, on pratique la grande extraction du siège : extraction d'enfant du sexe masculin, pesant 3.800 gr., expulsion de 600 gr. de caillots, délivrance artificielle, diamètres craniens exagérés. Les suites de couches se compliquent de légère endométrite avec température stabilisée autour de 38° pendant 15 jours.

L'examen radioscopique pratiqué le 30 octobre 1929 montre une volumineuse tumeur solide de la fosse iliaque gauche.

Actuellement (novembre 1930), cette malade se plaint d'une recrudescence des phénomènes douloureux lombaires. Etat toujours assez précaire, enfant en bonne santé.

Femme de 29 ans, avec tumeur osseuse maligne (?) apparue pendant la gestation.

Malgré une période douloureuse récente, le diagnostic de malignité de la tumeur paraît devoir être réservé.

Réflexions sur les observations

En résumé, dans ces observation de cancers extra-génitaux, nous retenons les faits suivants :

a) Ces cancers apparaissent la plupart du temps chez des femmes jeunes (25, 26, 27, 28, 29, 33, 37 et 40 ans), soit 70 % environ chez des femmes de moins de 33 ans.

b) Ces cancers ont été manifestement aggravés par la gestation puisque plusieurs préexistant dans un état de somnolence torpide (obs. I, II, III, IV, VII) ont vu leur marche brusquement accélérée et leur virulence réveillée à l'occasion d'une gestation.

D'autres, apparus au cours même de la gestation, ont subi une évolution rapide (morts : 11 mois, obs. VI ; 3 mois, obs. VIII, et 9 mois, obs. IX, après l'apparition de la tumeur).

Dès leur aggravation, toutes ces tumeurs, préexistantes ou non, connues ou méconnues, ont presque toujours (sauf obs. II et X) évolué dans un temps relativement court, entraînant la mort de la malade (obs. I, III, IV, VI, VII, VIII, IX).

Sur 10 observations, nous relevons 7 morts, soit 70 %.

Ces cancers ont très souvent donné des métastases viscérales ou ganglionnaires (obs. III, V, VI, VII, VIII), soit 50 %, et des récidives (obs. II, V, VI), soit 3 fois sur 10.

Ces cancers ont donc été nettement aggravés par la gestation.

c) D'autre part, leur répercussion sur la gestation a été la suivante :

Accouchements prématurés pendant l'évolution du cancer : 7° mois, obs. I ; 8° mois, obs. II ; 7° mois, obs. III ; 7 mois 1/2, obs. VII ; 7° mois, obs. VIII ; 8° mois, obs. IX ; avortement 3° mois, obs. IV.

Soit 6 accouchements prématurés sur 10, au cours du 7° ou du 8° mois ; un avortement nécessité au 3° mois, ...et nous passons sous silence les accouchements prématurés antérieurs, nombreux, à une date où le diagnostic de cancer n'avait pas encore été fait, mais à laquelle, pourtant, existaient déjà certains symptômes suivant lesquels le diagnostic rétrospectif de cancer peut être certifié.

Trois accouchements à terme seulement (obs. V, VI, X).

d) L'influence du cancer sur les enfants a donné :
Observation I : 1.700 gr. ; évolution retardée.

— II : 2.200 gr. ; mort à 1 jour.

— III : Poids ? ; mort au 7° mois de la gestation.

— IV : Avortement au 3° mois.

— V : Poids ? ; vit.

— VI : Poids ? ?

- VII : 1.650 gr. ; vit. — 1.600 gr. ;
mort à la 30^e heure.
- .VIII : 1.600 gr. ; mort à 1 heure.
- IX : Poids ? ; mort à un mois.
- X : 3.800 gr. ; vit.

Soit un enfant de poids normal sur six dont nous connaissons le poids, et cinq de poids faible ou même très faible, ce poids étant pris, d'une façon absolue, ou relativement par rapport à l'âge.

Sur dix gestations, deux enfants morts *in utéro* : 20 %.

Quatre morts de débilité ? C'est-à-dire 57 % d'enfants morts en quelques jours ou quelques semaines sur les sept nés vivants.

Le cancer a donc bien une influence néfaste sur la grossesse en créant 60 % d'accouchements prématurés et un avortement, en atteignant le produit de conception dans sa vitalité, créant 57 % de morts de débilité, et seulement 30 % de sensiblement normaux (les renseignements n'ayant pu nous être fournis sur les autres enfants).

CHAPITRE IV

Pronostic et traitement des cancers extra-génitaux

Le traitement et le pronostic des cancers extra-génitaux pendant la gestation, dont nous venons de souligner l'évolution particulièrement accélérée, sont-ils plus encore que dans les conditions ordinaires fonction de la promptitude du diagnostic.

La thérapeutique des cancers pendant la gestation devra toujours, lorsque le cancer le permettra, poursuivre ce double but : chercher à soigner le cancer et sauvegarder, dans la plus large mesure possible, la vie fœtale.

Malheureusement, la difficulté du diagnostic précoce est réelle ; l'état de gestation peut s'accompagner de certains troubles du fonctionnement physiologique normal et sous cette apparence considérée comme banale, dissimuler l'évolution d'un cancer au début.

Par exemple, le cancer du rectum au début, dont les symptômes hémorragiques seraient attribués aux hémorroïdes ou à la stase pelvienne si fréquentes au cours de la gestation ; là, comme dans d'autres circonstances, le toucher rectal, que l'on a le tort de ne pas pratiquer assez systématiquement, aurait permis d'éviter l'erreur.

De même la notion courante de lymphangite, galactophorite et abcès du sein peut faire méconnaître l'apparition d'un cancer.

De même des vomissements attribués à des phénomènes sympathiques et qui seraient en réalité des signes de début d'un cancer gastrique... d'où retard au diagnostic et vérification une fois de plus de l'aphorisme :

« Autant de perdu dans la rapidité du diagnostic, autant de gagné par le cancer. »

Aussi bien, comment, de façon très sommaire, faut-il envisager la conduite à tenir en présence de cette éventualité : cancer extra-génital et gestation ?

Il y a lieu, d'abord, de retenir la date d'apparition du cancer par rapport à la gestation :

1° *Le diagnostic de la tumeur est fait au début de la gestation.*

La vie de la mère sera, nous le savons, promptement menacée et avec elle, celle de l'enfant qui partagera son sort, ou, au mieux, pourra atteindre le terme mais naître très précaire : *l'intervention chirurgicale précoce s'impose toutes les fois où la tumeur est opérable au début, sans tenir autrement compte de la grossesse concomitante que pour hâter encore la décision.*

Telle est, par exemple, l'opinion formelle du Professeur Pinard pour le cancer du sein :

« Il m'apparaît de plus en plus, dit-il, que, pour les femmes en état de gestation, toute tumeur de la mamelle, antérieure à la gestation, se développant ou n'apparaissant qu'au cours de cette dernière, doit être extirpée aussi radicalement et aussitôt que possible. »

Il semble que la tendance moderne dans le traitement des cancers du sein au cours de la gestation soit d'allier l'exérèse large, totale avec le traitement par les rayons X ou le radium, voire l'irradiation du champ opératoire et l'irradiation de la colonne vertébrale.

Les cancers du rectum opérables, apparus au début d'une gestation, seront traités par l'extirpation, ou, dans le cas contraire, par l'opération de dérivation et l'anus iliaque gauche de Pollosson.

2° La question est évidemment plus délicate *quand le diagnostic est fait à la fin de la gestation* :

Dans le cas où l'enfant, au voisinage du terme, ne risque que d'être un prématuré parfaitement viable, l'indication opératoire paraît encore se poser formellement et d'urgence.

Dans le cas, au septième ou au huitième mois, où une prolongation de quelques semaines de vie intra-utérine améliorerait singulièrement les chances de survie, on doit se baser sur l'évolution clinique pour tenter une opération dont les bénéfices maternels paraissent devoir être réels, ou temporiser au contraire s'il ne peut s'agir que d'une opération pallia-

tive dont le trauma risque de précipiter l'interruption trop prématurée de la gestation.

3° Pour terminer, l'éventualité du cancer préexistant à la gestation et évoluant plus ou moins lentement et celle des récidives après une opération faite antérieurement, peut se présenter. La question, toujours délicate, peut alors se poser de l'avortement thérapeutique.

Certains l'ont considéré comme un complément nécessaire de l'extirpation de tout cancer opérable au début d'une gestation.

MM. Réchou, Péry et Jeanneney admettent que, la gestation et l'allaitement, exerçant une influence fâcheuse sur le cancer du sein en l'aggravant et en favorisant les récidives, chez les femmes jeunes, atteintes de néoplasie du sein, *il y a intérêt à empêcher toute gestation*, comme, le cas échéant, tout allaitement.

Il semble que les observations d'avortement soient rares, et nous n'en avons, pour notre compte, retrouvé qu'une seule (obs. IV) dans les services lyonnais : la malade en retira une amélioration fonctionnelle passagère, mais les symptômes du cancer gastrique, pour lequel elle avait subi une gastro-entéro-anastomose, s'accrochèrent après trois mois et elle finit par succomber six mois après la libération utérine.

Conclusions

I. — D'après nos recherches, les cancers extra-génitaux se rencontreraient avec la gestation dans une proportion de 0,45 0/00.

II. — Il semble que toute tumeur maligne est aggravée par la grossesse, et principalement les tumeurs para-génitales : sein, rectum, l'une pour des raisons humorales, l'autre pour des raisons de stase dans le petit bassin.

III. — Le cancer paraît provoquer l'interruption de la grossesse dans 60 % des cas.

IV. — Le cancer influe sur le poids de l'enfant ; celui-ci diminue lorsque la gestante est arrivée à un état cancéreux tel que la période de cachexie s'installe. L'enfant est aussi atteint dans sa vitalité.

V. — La thérapeutique obstétricale moderne semble être une thérapeutique interventionniste contre le cancer, faite le plus précocement possible, thérapeutique réservée d'ailleurs aux seuls cancers opérables, et combinée au traitement par les rayons X pour les cancers ectodermiques.

VI. — L'avortement thérapeutique peut trouver une indication, d'ailleurs assez rare, dans les cancers à évolution rapide, au début de la gestation.

VII. — Le cancer rectal, avec envahissement pelvien, pourra faire poser l'indication d'une opération césarienne.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, VORON.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 27 Novembre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- AUBERT et CASSÉ. — Sarcome et grossesse. *Marseille Médical* 1919, t. LVI, p. 1.126 et suiv.
- BANBRIDGE. — Influence de la gestation sur le développement du cancer. *American journal of Obstetrics* 1918; t. 17; p. 21 et suiv.
- BERGER. — Epithélioma intra-hépatique. *Bulletins et M. de la Soc. d'Anatomie de Paris*, mai 1923.
- BERNARD. — Sarcome cérébral à évolution rapide au cours de la grossesse. *Bull. Soc. Obst. Paris* 1898, p. 296.
- BOURGEAIS. — De l'influence des maladies de la femme pendant la grossesse sur la constitution de l'enfant, *Mémoires de l'Académie de Médecine* n° 91.011.
- BRIDE. — Gestation compliquée de cancer. *Thèse, Paris* 1923.
- BUSCEMI. — Carcinome primitif du foie pendant la gestation. *Rivista di ostetrica et ginec. prat., Palerme* 1921, n° 9, p. 383.
- CLUNET. — Recherches expérimentales sur les tumeurs malignes. *Thèse, Paris* 1910.
- DEMELIN et COUDERT. — *Bull. Soc. Obstétrique, Paris* 1906.
- DEMELIN. — Du cancer dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Monde Médical, Paris* 1924, XXX. pp. 394-401.
- DERVAUX. — Cancer du sein et grossesse. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris* 1921; pp. 693 et 695.
- DEVÉ. — Cancer du sein et grossesse. *Bull. de la Soc. d'Obs. et Gynéc. de Paris* 1914, p. 613.

- ENDELMANN. — Gestation et cancer rectal. *Zentralblatt f. Gyn.* 1902, n° 32, p. 848.
- EMERY (W. A.). — Gestation et épithélioma. *British Med. Journal* 1924.
- ESTLANDER. — Des tumeurs malignes du sein chez la femme. *Annales de Gyn.* oct. 1880.
- FAURÉ (J. L.) et PINARD. — Documents pour servir à l'histoire réciproque de la gestation et du cancer de la mamelle. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, juillet 1914, p. 386.
- GUÉRIN-VALMALE. — Grossesse et néoplasme. *Soc. de Méd. de Marseille* 1919.
- HIRST. — *New York State Jour. of Medicine*, juillet 1923, p. 300.
- DE KERKHOVE. — Cancer du sein et grossesse. *Thèse, Montpellier*, mai 1920.
- KILGORE. — Tumeurs du sein s'accroissant pendant la gestation et la lactation. *California State Journ.* 1923, XXI, p. 15.
- KOK. — Grossesse et cancer (*Zentral f. Gyn.* 1924).
- KROSS. — Pregnancy and tumor growth. *Jour. of cancer Research*, 1921, p. 245.
- LAPEYRE. — Cancer du sein opéré et grossesse. *Bull. et mém. de la Soc. Chir. Paris* 1922, p. 1.249.
- LEBERT. — *Traité pratique des maladies cancéreuses*, Paris 1851, p. 138.
- LEMAN. — Cancer du sein et gestation. *Zentralbl. f. Gyn.* 1909 n° 14, p. 484.
- LEO-LOEB. — *Journal of cancer Research* 1917 ; t. 2, p. 135.
— Rapports quantitatifs entre les facteurs qui causent le cancer et la rapidité et la fréquence de la transformation cancéreuse. *C. R. de la Soc. de Biol.* 30 juin 1923, p. 307.
- LEVADITI et PARIS. — A propos d'un enfant né de mère cancéreuse. *Journ. de physio. et patho. générale*, t. 1, p. 490.

- MORITZ. — Cancer inopérable du rectum cause de dystocie. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1904, n° 14, p. 196.
- NOYER. — Influence du radium et des rayons X sur la vie du fœtus. *Thèse de Paris*, 1924.
- ODERMATT. — Cancer et grossesse, le cas de cancer du sein (*Schweiz. Med. Woog.* n° 17, 24 avril 1925).
- OUI. — Cancer et grossesse. *Rapport Congr. périod. de gyn. obst. et pédiatrie*, 5^e Sess. C. R. Alger 1907, p. 305.
- PHILLIPS. — Un cas de grossesse compliquée de cancer secondaire du foie. *Transact. Obst. Soc. Londres* 1888, t. XXIX, p. 378 et suiv.
- POLAILLON. — *Affection chirurgicale du tronc*, Doin, édit. 1901.
- REEB. — Cancer et grossesse. *Méd. d'Alsace et Lorraine*, n° 6, 15 mars 1927.
- SAVORY. — *British med. Jour.* 1878, t. 2, p. 358.
- SCHMID. — Carcinome gastrique et gestation. *Arch. f. Gyn.* t. 121, p. 168.
- SCHWABB. — Enfants des rayons X (*Presse médicale* 1924).
- SCHWEITZER. — Complication de la gestation par le cancer. *Zentral f. Gyn.* 1922.
- SCHWARTZKOPF. — Zur Statistik des Brustkrebses. *Bruns Beiträge zur klinische Chir.* 1912, t. 80, p. 317.
- SEMMELINK. — Complication de la gestation par un cancer rectal. *Zentralblatt. f. Gyn.* 1903, n° 3, p. 73 et suiv.
- SOMMER. — Grossesse et cancer. *Zentral. f. Gyn.* 1925.
- TCHEBOTAREVSKY. — Dystocie par tumeur du rectum. *Thèse Paris*, 1907-1908.
- TROUT. — Le sein restant après l'ablation du sein cancéreux. *Surgery. Gyn. and Obst.*, mai 1922, p. 630.
- VALLOIS et DELMAS (J.). — Sarcome mélanique et grossesse. *Bull. Soc. Obs. et Gyn. Paris* 1912, p. 159.
- VAUTRIN. — Sarcome du sein et grossesse. *Bull. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris* 1921, p. 693 et suiv.

VIGNES. — Poids des enfants des mères cancéreuses (*Bull. de l'Assoc. Franc. pour l'étude du cancer*, 1924). Mars. p. 187.

VIGNES et DUHIL. — Cancer et gestation. *Prolop. Méd.* n° 1, janvier 1925.

VOLKMAN. — *Beitrag zur Chirurgie* 1876, p. 320.

WOLFF. — Cancer et gestation. *Zentral. f. Gyn.*, 13 mai 1922, p. 743.

— Cancer du sein pendant la gestation et l'allaitement. *Arch. fur. klin. chir.*, 14 décembre 1921, p. 505.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Notions générales sur les rapports réciproques de la grossesse et des cancers extra- génitaux	13
CHAPITRE II	19
CHAPITRE III. — Observations.....	31
Réflexions sur les observations.....	51
CHAPITRE IV. — Pronostic et traitement des Cancers extra-génitaux	55
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	61



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

N° 42, QUAI GAILLETON :

4 0 0 0 LYON 0 0 0 0



